Deutscher Bundestag **Drucksache 16/9008**

16. Wahlperiode 29. 04. 2008

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Markus Kurth, Christine Scheel, Irmingard Schewe-Gerigk, Josef Philip Winkler, Renate Künast, Fritz Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Krankenhäuser zukunftsfähig machen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) schreibt für das deutsche Krankenhauswesen ein dualistisches Finanzierungssystem vor. Während die laufenden Betriebskosten eines Krankenhauses von den Krankenkassen zu tragen sind, kommen die Länder für die Investitionskosten auf. Allerdings hat sich gezeigt, dass die Dualistik erhebliche Schwächen hat:

- Die Länder sind in den vergangenen Jahrzehnten ihrer Finanzierungsverantwortung immer weniger nachgekommen. Während 1974 der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand an den Krankenhausausgaben fast 20 Prozent betrug, ist der Beitrag der Länder inzwischen auf 5 Prozent geschrumpft. Damit ist ein Investitionsstau aufgelaufen, der – je nach Berechnungsweise – auf einen Betrag zwischen 20 und 50 Mrd. Euro geschätzt wird.
- Die Aufsplitterung der Finanzierungszuständigkeiten zwischen Ländern und Krankenkassen führt zu falschen und kostenträchtigen Steuerungsanreizen. Getätigte oder unterlassene Investitionen haben Auswirkungen auf die Betriebskosten der Krankenhäuser. Diese Folgekosten müssen aber von den Krankenkassen bzw. Krankenhausträgern getragen werden, die an den Investitionsentscheidungen der zuständigen Landesbehörden allenfalls am Rande beteiligt sind.
- Den Krankenhäusern fehlt die notwendige Investitionsautonomie, um flexibel auf veränderte Anforderungen reagieren zu können. Das ist für öffentliche Krankenhäuser vielfach ein entscheidender Wettbewerbsnachteil gegenüber ihren privaten Konkurrenten, die sich über den privaten Kapitalmarkt finanzieren.
- Die behördliche Investitionsplanung ist intransparent und damit stark anfällig für politische Einflussnahme.
- Die Dualistik führt zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich, in dem die Investitionen vollständig aus den Vergütungen finanziert werden müssen. Dieser Umstand wird immer wichtiger, da sich die Krankenhäuser verstärkt auch im ambulanten Bereich engagieren.

Angesichts dieser Probleme wird seit fast 2 Jahrzehnten der Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem diskutiert, in dem die Krankenhausfinanzierung aus einer Hand durch die Krankenkassen erfolgt. Durch im Rahmen der

Vergütung bereitgestellte Investitionsmittel würden Investitionsentscheidungen zur Angelegenheit des einzelnen Klinikums. Dies wäre ein erheblicher Beitrag zur Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion für das Gesundheitswesen hat sich deshalb bereits im Jahr 1992 für die Monistik ausgesprochen. Die vorherige von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Fraktion der SPD getragene Bundesregierung hat im Jahr 2000 mit der damaligen Gesundheitsreform versucht, auf die monistische Finanzierung umzusteuern. Damals scheiterte der Versuch aber am Widerstand der Ländermehrheit im Bundesrat. In diesem Jahr steht das Thema erneut auf der politischen Tagesordnung. Die Bundesregierung hat eine Neuordnung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung angekündigt. In der heftigen Diskussion, die zu diesem Reformvorhaben mittlerweile stattfindet, ist die Alternative Dualistik versus Monistik ein zentrales Konfliktthema. Während das Bundesministerium für Gesundheit und einzelne Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen vollständigen Umstieg auf die Monistik wollen, sprechen sich insbesondere die Länder dafür aus, vorerst die Dualistik beizubehalten. Sie befürchten, dass mit einem Systemwechsel hin zur Monistik die Steuerungskompetenz für den Krankenhausbereich an die Krankenkassen zu verlieren. Damit würden sie aber ihrer Gewährleistungsverantwortung für diesen wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge nicht mehr nachkommen können. Und auch viele Krankenhausträger lehnen – trotz einer grundsätzlichen Befürwortung der Monistik – einen stärkeren Kasseneinfluss ab, da sie befürchten, in einem stärker von den Krankenkassen gesteuerten Krankenhausmarkt unter zusätzlichen Wettbewerbsdruck zu geraten. Derzeit sind die Fronten verhärtet. Ohne Zustimmung des Bundesrates und gegen den Widerstand der Krankenhäuser lässt sich eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung aber nicht durchsetzen. Es steht zu befürchten, dass die Bundesregierung wieder einmal nur eine kleine Reform zustande bringt, die weit hinter den Reformnotwendigkeiten zurückbleibt. Damit würden vor allem viele ältere und kleinere Krankenhäuser vor dem wirtschaftlichen Aus stehen. Deshalb muss dringend ein Reformmodell entwickelt werden, das die notwendigen Änderungen in der Krankenhausfinanzierung voranbringt, ohne die Interessen der beteiligten Partner zu missachten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzesentwurf für die Reform der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der folgende Eckpunkte enthält:

1. die Umstellung der bisherigen Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen auf eine leistungsbezogene Pauschalförderung;
2. die hälftige Beteiligung der Krankenkassen an der Investitionskostenfinanzierung;
3. die gleichberechtigte Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung.

Berlin, den 29. April 2008

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

Begründung

Die in der Krankenhausversorgung beteiligten Akteure haben unterschiedliche Anforderungen an ein Reformmodell. Krankenhäuser haben eine erhebliche Bedeutung für den Arbeitsmarkt und die Wirtschaftskraft einer Region. Auch

deshalb wollen die Länder ihren Zugriff auf die Planung und Finanzierung des stationären Bereichs erhalten. Gleichzeitig haben sie ein Interesse daran, die entstandene Investitionslücke zu verkleinern, ohne ihren jeweiligen Landeshaushalt zu überlasten. Die Krankenkassen wiederum wollen stärker in die Gestaltung der Krankenhausversorgung einbezogen werden, auch um unmittelbarer auf deren Wirtschaftlichkeit einwirken zu können. Investitionsentscheidungen sollen nicht länger folgenblind zustande kommen und Überkapazitäten abgebaut werden. Und die Krankenhausträger haben ein existentielles Interesse an einer deutlich höheren Investitionsfinanzierung als bisher. Darüber hinaus wollen sie über notwendige Investitionen in ihren Häusern selbst entscheiden können, ohne auf das Wohlwollen der Planungsbehörden angewiesen zu sein. Ein Reformkonzept, das den Anspruch auf Realisierbarkeit erhebt, muss einen Ausgleich zwischen diesen unterschiedlichen Interessen finden. Dieser Mühe hat sich die Bundesregierung bisher nicht unterzogen.

Zu II.1

Für die Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich gibt es heute zwei Instrumente: die Einzelförderung für Neubauten, Umbauten, Sanierungen und Erweiterungen. Sie umfasst derzeit ungefähr zwei Drittel der ausgeschütteten Investitionsmittel. Hinzu kommt eine im Regelfall bettenbezogene Pauschalförderung, mit der die Länder die Wiederbeschaffung und Ergänzung kurzfristiger Anlagegüter (Einrichtungs-, Ausstattungsgegenstände) fördern. Im angestrebten Reformmodell werden diese Instrumente durch eine leistungsbezogene Pauschalförderung ersetzt. Dazu werden die notwendigen Investitionsmittel an die DRG-Fallpauschalen geknüpft. Für das Verfahren zur Ermittlung der unterschiedlichen Investitionsbedarfe für die einzelnen DRG-Fallpauschalen sollte unabhängiger Sachverstand herangezogen werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung kann dann über das von den Krankenkassen und den Krankenhäusern getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfolgen.

Die vollständige leistungsbezogene Pauschalierung der Investitionsmittel hat große Vorteile: Investitionsentscheidungen werden enorm beschleunigt und damit die Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Krankenhäuser verbessert, für die Krankenhäuser wächst der Anreiz, die Investitionsmittel effektiv und effizient einzusetzen, sie erhalten Planungssicherheit, die bürokratischen Antrags- und Genehmigungsverfahren entfallen und auch die Intransparenz und Ungerechtigkeit (sog. Förderung von Krankenhäusern nach Parteibuch) der bisherigen Mittelvergabe wird beendet. Projekte im Schnittstellenbereich von stationärer und ambulanter Versorgung werden erleichtert. Zudem würde es den öffentlichen Krankenhäusern erleichtert, Investitionsmittel auf dem privaten Kapitalmarkt zu akquirieren. Die angestrebte Refinanzierung der Betriebs- und Investitionskosten über einen gemeinsamen Preis setzt nicht voraus, dass dieser Preis alleine von den Krankenkassen getragen wird. Preismonistik und Finanzierungsmonistik sind also nicht zwingend miteinander verbunden. Die Länder behalten damit ihren Einfluss auf die Gestaltung der Krankenhausversorgung.

Eine kurzfristige Umstellung des Finanzierungssystems könnte zu ungleichen Startchancen für die Krankenhäuser innerhalb eines Landes führen. Krankenhäuser, die erst vor kurzem eine Investitionsförderung erhalten haben, müssten anfangs weniger investieren als Krankenhäuser, die schon seit längerem nicht mehr in den Genuss staatlicher Fördermittel gekommen sind. Zudem benötigen die methodischen Vorarbeiten etwas Zeit. Um diese Frist zu nutzen und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhäusern zu vermeiden, können die Länder Übergangsphasen beschließen. Über das Ob und Wie eines solchen Umstellungszeitraums könnte innerhalb jedes Bundeslandes selbstständig entschieden werden. Über die Gesamtsumme der ausgeschütteten Fördermittel würde auch weiterhin jedes Land selbst entscheiden. Die technisch anspruchsvolle und

politisch konfliktanfällige Angleichung der verschiedenen Förderquoten und die darauf folgenden Finanzverschiebungen zwischen den Bundesländern könnten vermieden werden. Für die Sicherung der Grundversorgung insbesondere in ländlichen Räumen sollten auch weiterhin besondere Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können.

Zu II.2

Eine Reform der Investitionskostenfinanzierung muss zwei Ziele verfolgen. Die Verlagerung der Investitionsentscheidungen auf die einzelnen Krankenhausträger und die Beendigung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Die Länder haben im Jahr 2005 rund 2,7 Mrd. Euro an Investitionsmitteln ausgeschüttet. Davon entfielen 1,6 Mrd. Euro auf die Einzelförderung und 1,1 Mrd. Euro auf die Pauschalförderung. Künftig sollen sich die Krankenkassen an der Finanzierung der Investitionskosten hälftig beteiligen. Dadurch entsteht für die Länder ein Anreiz, ihre Förderanstrengungen zu verstärken. Den Mehrausgaben für die GKV stehen erhebliche Entlastungen gegenüber. So könnten durch die Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung vorhandene Überkapazitäten in einem gesteuerten Prozess abgebaut werden. Zudem würden durch Investitionen in zwar notwendige, aber veraltete Häuser die Betriebsabläufe deutlich effizienter und effektiver werden. Weitere Wirtschaftlichkeitsreserven könnten durch den Aufbau sektorübergreifender Angebots- und Planungsstrukturen und die damit verbundene Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten erschlossen werden.

Ein System geteilter Finanzierungsverantwortung gab es bis Ende 2006 bereits für den Bereich der Universitätsklinika. Bis dahin wurden deren Investitionen jeweils zu 50 Prozent von Bund und Ländern finanziert. Der Mittelausstattung der Universitätsklinika im investiven Bereich kam dieses System zugute. Seit dem Jahr 2007 sind infolge der Föderalismusreform die Länder alleine für die Hochschulen zuständig. Bereits jetzt ist absehbar, dass sie nicht in der Lage sein werden, dieser Aufgabe nachzukommen. Bei der anstehenden Reform ist auch die Situation der universitären Medizin zu berücksichtigen.

Zu II.3

Korrespondierend mit ihrer Finanzierungsbeteiligung im investiven Bereich werden die Beteiligungsrechte der Krankenkassen an der Krankenhausplanung erweitert. Durch die Planungspartnerschaft von Land und Krankenkassen können die Länder auch weiterhin ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen, während die Krankenkassen stärker als bisher auf den Abbau von Überkapazitäten hinwirken können. Zudem können die Krankenkassen stärker das Wie der Krankenhausplanung in ihrem jeweiligen Bundesland beeinflussen. Die detaillierte Festlegung von Standorten, Fachrichtungen und Bettenzahlen entspricht immer weniger den Anforderungen eines Krankenhausmarktes, auf dem sich Nachfrage und Angebot immer schneller verändern. Krankenhausplanung wird künftig weniger detailgenau und mehr an Qualitätskriterien und auf Versorgungsziele orientiert sein müssen. An diesem Prozess sind Landeskrankenhausgesellschaften und Patientenverbände beratend zu beteiligen. Für den Fall, dass sich Land und Krankenkassen auf keinen gemeinsamen Krankenhausplan verständigen können, ist ein Konfliktlösungsmechanismus, z. B. in der Form einer Schiedsstelle, vorzusehen. Zu erwägen ist auch, die Krankenhausplanung stärker zu professionalisieren und zu entpolitisieren und auf längere Sicht auf eine gemeinsam von Land und Krankenkassen getragene Regulierungsbehörde zu verlagern. Insbesondere die stärkere Integration von ambulantem und stationärem Sektor führt zu einer Komplexität der Regulierungsaufgaben, die hochgradig spezialisierte und professionalisierte Strukturen erforderlich macht.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333